

Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion

Reinhard Fiehler

Arztbesuch und ärztliche Behandlung werden häufig als unbefriedigend und defizitär empfunden. Die Patienten haben den Eindruck, daß sie ihre Fragen, Probleme und Wünsche, aber auch ihre Sorgen, Befürchtungen und Ängste nicht in die Beziehung zum Arzt einbringen können. Sie fühlen sich in vielfältiger Hinsicht nicht verstanden, zu kurz gekommen, als Objekt behandelt etc. Zusätzlich zu den negativen Gefühlen, die im Zusammenhang mit dem eigenen Leiden bestehen, ruft dies auch in Hinblick auf die Arzt-Patienten-Interaktion negative Gefühle hervor.

Wie diese kurzen Bemerkungen schon erkennen lassen, spielen Emotionen und Erleben der Beteiligten in der Arzt-Patienten-Interaktion auf verschiedenen Ebenen und in vielfältiger Form eine Rolle. Entgegen ihrer Bedeutung ist aber die emotionale Dimension der Arzt-Patienten-Beziehung nur selten explizit Gegenstand der Forschung.¹

Ziel dieses Beitrags ist, diese emotionale Dimension in den Blick zu nehmen und einige emotionale Prozesse in der Arzt-Patienten-Interaktion zu differenzieren, ferner zu zeigen, wie diese emotionalen Prozesse in der Interaktion zum Tragen kommen, und letztlich einige Probleme zu diskutieren, die die interaktive Behandlung von Emotionen betreffen. Insbesondere möchte ich zeigen, daß zwischen Arzt und Patient Differenzen bestehen in Hinblick auf bestimmte kommunikative Muster, mit denen Erleben und Emotionen in die Interaktion eingebracht und dann behandelt werden, und daß diese Differenzen zum negativen Erleben der Arzt-Patienten-Beziehung beitragen.

1. Erleben und Emotionen: Begriffsbestimmungen

Die Begriffe "Erleben" und "Emotion" werden häufig vage und mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet, so daß einige Überlegungen zur Begriffsklärung erforderlich sind.

Emotionen und Gefühle – ich verwende die Begriffe bedeutungsgleich – verstehe ich als spezielle Formen des *Erlebens*. Der Begriff "Erleben" umfaßt alle Formen des Erlebens meiner selbst, anderer und der Umwelt. Das, was ich unter Emotionen verstehe, ist Teil des Erlebens, macht aber nicht das ganze Erleben aus. Man kann Ärger, Ekel und Freude, die für mich prototypische Emotionen darstellen, ebenso erleben wie Irritation, Unsicherheit, Neugier, Müdigkeit und Hunger, was für mich keine bzw. keine 'reinen' Emotionen sind. Im Erlebensprozeß können Emotionen dominant sein, sie können aber auch – und dies ist wohl der Regelfall – in ganz unterschiedlichen Mischungsverhältnissen mit anderen Emotionen, mit Kognitionen oder mit physiologischen Zuständen auftreten.

In funktionaler Perspektive erfüllt jedes Erleben und jede Emotion die *Funktion* einer *bewertenden Stellungnahme*. Jede konkrete Emotion ist beschreibbar als äquivalent mit einer konkreten Belegung der Formel:

*Emotion A ist eine bewertende Stellungnahme
zu X
auf der Grundlage von Y
als Z.*

Hierbei sind für X, Y und Z folgende Belegungen möglich:

zu X	auf der Grundlage von Y	als Z
(1) Situation	(1) Erwartungen	(1) (gut) entsprechend
(2) andere Person - Handlung - Eigenschaft	(2) Interessen, Wünsche	(2) nicht entsprechend
(3) eigene Person - Handlung - Eigenschaft	(3) (akzeptierte) soziale Normen/Moralvor- stellungen	
(4) Ereignis/Sachverhalt	(4) Selbstbild	
(5) Gegenstände	(5) Bild des anderen	
(6) mentale Produktion		

Ärgere ich mich beispielsweise, weil ich eine Vase umgestoßen habe, so läßt sich dies auffassen als bewertende Stellungnahme zu der eigenen Person (bzw. einer Aktivität von ihr) auf der Grundlage des Selbstbildes (bzw. Erwartungen über mein Verhalten) als nicht entsprechend. Freue ich mich bei dem Gedanken, daß ich morgen Besuch bekommen werde, so ist dies beschreibbar als bewertende Stellungnahme auf der Grundlage meiner Wünsche (oder Erwartungen) zu einer mentalen Produktion als gut entsprechend.

Für Emotionen kann man sich aus zwei unterschiedlichen Perspektiven interessieren: Zum einen kann man Emotionen als Elemente eines *individuellen Innenlebens* betrachten, und man kann fragen, in welchem Verhältnis sie zu anderen Elementen des Innenlebens stehen und wie sie sich Ausdruck verschaffen. Zum anderen kann man sich für Emotionen interessieren als *öffentliche Phänomene in sozialen Situationen interpersoneller Interaktion*. D.h. man fragt nach Funktion und Stellenwert von

Emotionsmanifestationen in der Interaktion, unabhängig davon, ob die Beteiligten die manifestierten Emotionen auch empfinden bzw. 'wirklich' haben. Man interessiert sich dafür, wie Emotionen in der Interaktion wechselseitig manifestiert, gedeutet und gemeinsam prozessiert werden, und letztlich, mit welchen kommunikativen Verfahren und Mustern die Beteiligten dies tun.

Diese beiden Perspektiven schließen sich keineswegs aus. Im Gegenteil: Es scheint mir nicht möglich, Emotionen als Phänomene der Interaktion zu untersuchen, ohne in Rechnung zu stellen, daß sie eine innerindividuelle Grundlage haben, daß interagierende Personen grundsätzlich Gefühle haben, in welcher Form diese auch immer in der Interaktion erscheinen mögen. Emotionen sind also sowohl relevant im Personalsystem wie im Interaktionssystem. Aber man muß sich deutlich vor Augen halten, daß diese beiden Perspektiven einen *unterschiedlichen Untersuchungsgegenstand* konstituieren, der jeweils anderen Disziplinen zuzuordnen ist – der Psychologie bzw. der Interaktionsforschung – und der jeweils andere Verfahren zu seiner Untersuchung erfordert.

Für diesen Beitrag sind Emotionen nur als Phänomene der sozialen Interaktion relevant. Dies hat u.a. die folgenden Konsequenzen:

- In erster Linie ist von Bedeutung, was die Beteiligten sich in interaktionsrelevanter Weise zeigen, ungeachtet der Frage, ob sie diese Emotionen auch haben.
- Da es um Emotionen in der Interaktion geht, liegt es nahe, sich auf Formen der Emotionalität zu beschränken, die den Beteiligten selbst zugänglich sind und die sie selbst als Emotionen verstehen. D.h. nicht behandelt werden alle Formen von Emotionalität, die den Beteiligten unbewußt sind bzw. über die sie nicht zumindest im Grundsatz sprechen könnten.
- Als soziale Phänomene unterliegen Emotionen Regeln und müssen entsprechend diesen Regeln reguliert werden.

Zusammenfassend noch einmal einige zentrale Annahmen dieser Position:

- (1) **Emotionen** sind primär als **interaktive Phänomene** relevant.
- (2) **Emotionen** werden als etwas **Öffentliches** betrachtet.
- (3) Den **Emotionsmanifestationen** in der Interaktion können, müssen aber keineswegs **Emotionen** zugrundeliegen.
- (4) **Emotionen** erfüllen primär die Funktion einer **bewertenden Stellungnahme**. Sie sind ein spezifisches Verfahren und eine spezifische Form der Bewertung.
- (5) **Emotionen** sind geregelt.
Die bewertende Stellungnahme erfolgt in weiten Bereichen auf der Grundlage sozial verbindlicher **Emotionsregeln**.

- (6) **Emotionen** werden in der Interaktion **kommuniziert**. Dies geschieht in wesentlichen Teilen durch Emotionsmanifestationen und ihre Deutung.
- (7) Interaktionsrelevant **manifestierte Emotionen** können **interaktiv** prozessiert werden.
- (8) **Emotionen** sind eine spezifische Form des Erlebens.
- (9) **Emotionen** sind – individuell wie interaktiv – **regulierbar**.
- (10) In der Interaktion wird Erleben auf **verschiedenen Stufen der Konkretisierung** manifestiert, bis hin zu **abgrenzbaren Emotionen**.
- (11) Relevant sind nur **Emotionen**, die im Prinzip **berichtbar** bzw. **erfragbar** sind.²

2. Aspekte von Emotionalität in der Arzt-Patienten-Interaktion

Die emotionalen Prozesse in der Arzt-Patienten-Interaktion sind äußerst vielgestaltig, so daß sich hier ein breites Spektrum von Aspekten und Untersuchungsfragestellungen eröffnet, die bisher aber nur z.T. systematisch behandelt worden sind. Ich möchte dieses Spektrum stichwortartig charakterisieren, um in diesem Rahmen die Spezifik der hier verfolgten Fragestellung zu verdeutlichen.

Betrachtet man zunächst Erleben und Emotionen des Patienten, so ist das auf seine *Beschwerden* (Probleme, Leiden, Krankheiten etc.) bezogene Erleben von dem Erleben der *Arzt-Patienten-Interaktion* zu unterscheiden. Das Erleben der Arzt-Patienten-Interaktion ist wiederum zu differenzieren in das aktuelle Erleben in der Situation und das nachträgliche Erleben. Das Erleben der Arzt-Patienten-Interaktion ist u.a. abhängig von den Erwartungen und Möglichkeiten, das Erleben bezüglich der Beschwerden in diese Situation einzubringen. Während Erleben und Emotionen im Grundsatz positiv oder negativ sein können, ist das Spektrum bei Beschwerden in der Regel auf negatives Erleben (Befürchtungen, Sorge, Angst etc.) beschränkt.

Betrachtet man nun emotionsbezogene Kommunikationsprozesse der Arzt-Patienten-Interaktion, so sind Prozesse der (1) **Manifestation**, (2) **Deutung**, (3) **Prozessierung**, (4) **Prävention** und (5) **Regulation** von Emotionen und Erleben zu unterscheiden.

(1) Manifestation von Emotionen und Erleben

Zunächst stellt sich die Frage, ob Emotionen überhaupt interaktionsrelevant manifestiert werden, und wenn ja, mit welchen Mitteln dies geschehen kann. Wenn Personen miteinander interagieren, so manifestieren sie ihr Erleben und ihre Emotionen in sehr verschiedenen Verhaltensbereichen.³ Sprachliche und kommunikative Möglichkeiten der Manifestation stellen dabei einen Spezialfall dar, dessen Anteil und Funktion genauer zu charakterisieren ist. Insbesondere sind die Bedingungen zu spezifi-

zieren, unter denen Emotionen thematisiert und unter denen sie lediglich zum Ausdruck gebracht werden. Während bei der Thematisierung ein Erleben oder eine Emotion durch eine Verbalisierung zum Thema der Interaktion gemacht wird, sind Ausdrucksphänomene nicht an Verbalisierungen gebunden (sie können sie aber natürlich begleiten), und sie machen das mit ihnen manifestierte Erleben nicht (notwendig) zum Thema der Interaktion. Ein unwirsches *Kannst du nicht endlich mal still sitzen!* bringt zwar durch Intonationskontur, Stimmcharakteristika, Sprechgeschwindigkeit etc. ein Erleben zum Ausdruck, thematisiert es aber nicht, wie es mit *Du machst mich ganz ärgerlich. Sitz doch still!* der Fall ist. Das emotionale Erleben kann also – wie tausend andere Dinge auch – Thema der verbalen Kommunikation sein. Wir kommunizieren dann *über* Emotionen. Dies ist die Grundstruktur der *Thematisierung* von Emotionen und Erleben.

Meistens ist aber ganz etwas anderes das Thema der verbalen Kommunikation. Wir kommunizieren über etwas anderes, aber *daneben und zugleich* kommunizieren wir – durch die Art, wie wir über das Thema kommunizieren – Emotionen. Sie haben die Funktion bewertender Stellungnahmen zum Thema, aber auch zu weiteren Aspekten der Situation: zu anderen Personen, ihren Handlungen, zu uns selbst etc. Dies ist die Grundstruktur des *Ausdrucks* von Emotionen und Erleben.

(2) Deutung von Emotionen und Erleben

Stand bisher im Mittelpunkt, ob und wie Patienten ihr Erleben in die Interaktion mit dem Arzt einbringen, ist umgekehrt zu fragen, ob und wie der Arzt Deutungen der Emotionalität des Patienten vornimmt bzw., wenn keine Indikatoren vorliegen, ob und wie er spezifische Gefühle unterstellt. Es schließt sich die Frage an, in welcher Weise die Deutungen und Unterstellungen das Verhalten des Arztes beeinflussen und inwieweit dies für den Patienten erkennbar ist. Eine Möglichkeit ist die explizite Formulierung von Emotionsdeutungen.⁴

Ein weiterer Aspekt ist die Deutungskapazität in der Behandlungssituation. Die Deutungen müssen sozusagen neben den üblichen ärztlichen Tätigkeiten erfolgen. Die Kapazität dürfte damit deutlich niedriger sein als z.B. bei einer nachträglichen Analyse der Interaktion.

(3) Prozessierung von Emotionen und Erleben

Sind Erleben und Emotionen durch Manifestation und Deutung für Arzt und Patient als interaktives Faktum konstituiert, müssen sie in der Interaktion bearbeitet bzw. prozessiert werden. Dabei lassen sich analytisch vier Prozessierungsstrategien unterscheiden: Die Prozessierungsstrategie (1) *Eingehen* umfaßt alle Formen, bei denen der Interaktionspartner die manifestierte Emotion als angemessen akzeptiert und mit Bekundungen der Anteilnahme auf sie eingeht. (2) *Hinterfragen* bezeichnet zusammenfassend Interaktionsverläufe, in denen die Angemessenheit der manifestierten Emotion in Hinblick auf Intensität und/oder Art problematisiert wird. Bei der (3) *Infragestellung* wird das manifestierte Erleben nicht als angemessen akzeptiert. Bei der (4) *Ignorierung* vermeidet der Interaktionspartner bewußt und offensichtlich, obwohl er es wahrgenommen und gedeutet hat, auf das Erleben einzugehen und es in manifester Weise interaktiv zu behandeln. Der demonstrative Charakter unter-

scheidet das Ignorieren vom Übergehen. Diese Prozessierungsstrategien sind nicht eindeutig gegeneinander abgrenzbar, und im konkreten Einzelfall können sie auch kombiniert auftreten. Offensichtlich ist, daß die drei erstgenannten Strategien an verbale Kommunikationsprozesse gebunden sind.

Im Rahmen der Prozessierungsstrategien sind einige Formen der Behandlung interaktionsrelevant manifestierten Erlebens zu kommunikativen Mustern verfestigt. Muster sind sozial standardisierte und konventionalisierte Verfahren, die zur Realisierung spezifischer, im sozialen Prozeß häufig wiederkehrender Aufgaben und Zwecke dienen.⁵ So ist z.B. für die Prozessierungsstrategie *Eingehen* das Anteilnahmemuster zentral. Mit der Prozessierung von Emotionen und speziell mit dem Anteilnahmemuster werde ich mich im folgenden noch genauer beschäftigen.

Prozessiert werden kann vom Arzt auch ein beim Patienten vermutetes Erleben, das – z.B. als Resultat von Emotionsregulation – nicht interaktionsrelevant manifestiert wurde oder werden konnte.

(4) Prävention von Emotionen und Erleben

Eine weitere Facette im Spektrum der emotionsbezogenen Prozesse zwischen Arzt und Patient ist die Prozessierung von Gefühlen, bevor sie aufgetreten sind: die Erlebensprävention durch den Arzt. Dabei wird versucht, ein antizipierbares Erleben des Patienten vorab kommunikativ zu beeinflussen bzw. zu regulieren.⁶ Erlebensprävention tritt in der Arzt-Patienten-Interaktion häufig in der Form von "Gefühlsarbeit"⁷ auf. Auch hierauf werde ich zurückkommen.

(5) Regulation von Emotionen und Erleben

Sowohl die Emotionen selbst wie auch ihre Manifestation unterliegen in weiten Bereichen sozial vorgegebenen Emotionsregeln, die bestimmen, welches Erleben und/oder Erlebensmanifestationen in bestimmten Situationen angemessen sind und sozial erwartet werden.⁸ In dieser Hinsicht ist zu fragen, welche Regeln für die Arzt-Patienten-Interaktion (sowohl für den Arzt wie für den Patienten) gelten und ob und inwieweit auf dieser Grundlage das Erleben und Erlebensmanifestationen reguliert werden. Bestimmte generelle Tendenzen der Regulation werden dabei als emotionale Stile⁹ untersucht. Es ist zu vermuten, daß die Sachlichkeit der Arzt-Patienten-Interaktion z.T. Resultat der Regulation von Emotion auf der Grundlage entsprechender Emotionsregeln ist.

Über die individuelle Emotionsregulation hinaus sind in der Arzt-Patienten-Beziehung auch Episoden interaktiver, d.h. wechselseitiger Regulation zu beobachten.

Ging es bisher um 'normales' Erleben, kann die Manifestation bzw. die systematische Nichtmanifestation von Emotionen auch als Symptom von Krankheit gedeutet werden. Dabei kann einerseits gefragt werden, wie emotionspathologische Krankheitsbilder sich sprachlich manifestieren (Alpert 1981), und andererseits, welche pathologischen Auswirkungen Emotionen im sprachlich-kommunikativen Bereich haben können. Untersucht wurden hier vor allem die Alexithymie (Peake/Egli 1982, v. Rad 1983), das Stottern (Krause 1981) und die Sprechangst (Murray 1971, Stoffel 1978, Buss 1980).

Soweit der Überblick über verschiedene Aspekte, mit denen emotionale Prozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation relevant werden können. Es sollen nun kurz die wenigen Untersuchungen vorgestellt werden, die sich *explizit* und *auf empirischer Basis* mit Emotionalität in der Arzt-Patienten-Interaktion befassen.

Auf der Grundlage von transkribierten Arzt-Patienten-Gesprächen werden zur Analyse der Emotionalität methodisch vor allem zwei Instrumentarien eingesetzt: verschiedene Rating-Verfahren auf der einen Seite und qualitative diskursanalytische Untersuchungen auf der anderen Seite.¹⁰

Schwab (1982) ließ Ausschnitte aus präoperativen Aufklärungsgesprächen von verschiedenen Rater-Gruppen hinsichtlich verschiedener Skalen beurteilen (Eindrucksdifferential, Skalen zur Messung der Emotionalität in Sprache und Stimme). Verschiedene Arbeiten – Koch 1980, Koch et al. 1982, Sodemann/Toerkott/Köhle 1982 – verwenden die Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (cf. Schöfer 1980). Dabei werden Transkripte "Satz für Satz" (Schöfer 1980: 86) mit Hilfe emotionsbezogener Kategorien bewertet. Unterschieden werden Aggressivitäts-, Angst- und Hoffnungsskalen, wobei innerhalb jeder Skala verschiedene Formen unterschieden werden (z.B. Todesangst, Verletzungsangst, Trennungsangst, Angst vor Schuld etc.).

Grundannahmen dieses Verfahrens sind:

- Momentan vorhandene Affekte schlagen sich im Inhalt des zur gleichen Zeit Gesprochenen nieder, und sie können allein durch inhaltliche Variablen erfaßt werden. Parasprachliche Variablen (Lautstärke, Tonhöhe etc.) liefern in bezug auf die Affekte keine wesentlichen zusätzlichen Informationen.
- Häufigkeit, Direktheit des Ausdrucks von Affekten und persönliche Beteiligung des Sprechenden sind proportional zur Größe des Affektes und lassen sich mit einem Gewichtungssystem quantifizieren.
- Teilweise oder ganz abgewehrte oder verleugnete Affekte lassen sich aus dem Inhalt durch Berücksichtigung von Abwehr- und Anpassungsmechanismen erschließen." (Koch et al. 1982: 197)¹¹

Bei den Rating-Verfahren wird versucht, ein Verständnis von Emotionalität in bestimmten Skalen zu operationalisieren und die Deutungsleistungen, das Auffinden von Emotionalität in den Gesprächen, durch die Übertragung auf Rater auszulagern und (als Interrater-Übereinstimmung) zu objektivieren. Die Verfahren, nach denen Rater Deutungen vornehmen und Zuordnungen treffen, bleiben dabei ebenso im Dunkeln wie die Frage, was für ein Begriff von Emotionalität sich in den Skalen wiederfindet: "Alle Äußerungen über *Friedhöfe, Grabsteine, Begräbnisse* etc. werden als Todesangst mit 1b2 bewertet." (Schöfer 1980: 91)

Diskursanalytische Versuche der Erfassung von Emotionen im Arzt-Patienten-Gespräch bedienen sich – wie auch generell – der sequentiellen Analyse. Die Entwicklung der Interaktion wird Zug für Zug rekonstruiert. Dabei wird jeweils die Perspektive der Beteiligten eingenommen, und die Aktivitäten werden in ihrer Interdependenz betrachtet. Ergebnis der Analyse sind bestimmte Ordnungsschemata (Strukturen, Muster) einerseits und Auffälligkeiten andererseits. Es wird versucht,

beides in Zusammenhang mit aktuellen Gefühlen der Beteiligten zu bringen. Beispiele für solche Analysen sind Bliesener 1982¹², Bliesener/Köhle 1986 und Lörcher 1983.

3. Der Umgang mit Beschwerden: Musterdifferenzen zwischen Lebenswelt und medizinischen Institutionen

Eine zentrale Konzeptualisierung des Menschen besteht in unserer Kultur darin, ihn in Physis/Soma und Psyche aufzuspalten, oder positiv formuliert, ihn als Summe und Einheit aus Leib und Seele zu sehen. Emotionale Prozesse werden der Seite der Psyche zugerechnet, wobei eine Fundierung in leiblichen Prozessen angenommen wird. Setzt man diese Trennung voraus, so lassen sich Beschwerden, Leiden, Krankheiten etc. als Einheit aus somatischen Phänomenen und psychischen, speziell emotionalen Prozessen beschreiben. Ein gebrochenes Bein ist die Einheit aus einer Fraktur von Tibia und Fibula und Befürchtungen, Sorgen etc. darüber, ob die Knochen wieder gut zusammenwachsen, ob es zu Trombosen kommt, ob man wieder richtig wird gehen können, ob der Krankenstand berufliche Nachteile mit sich bringt etc.

"Kranksein hat immer eine subjektive Seite, die als *Befinden* imponiert und mit ihrem sowohl gedanklichen als auch emotionalen Erlebnisanteil oft gerade zum konstituierenden Faktor dafür wird, ob sich ein Mensch als 'krank' wahrnimmt oder nicht. Die Phänomene 'Krankheit' und 'Emotion' sind miteinander in komplexer Weise vermascht." (Verres 1983: 283)¹³

Professionelle ärztliche Behandlung in den medizinischen Institutionen nun bezieht sich primär und vielfach ausschließlich auf den somatischen Aspekt. Beschwerden, Leiden, Krankheiten etc. werden auf den somatischen Aspekt reduziert, und dieser wird dann in erster Linie medikamentös-instrumentell behandelt. Diese Tendenz der Somatisierung¹⁴ in der Schulmedizin ist vielfach analysiert und beschrieben worden. Das Selbstverständnis der Medizin als Naturwissenschaft und die Orientierung an entsprechenden Verfahrensweisen sind hier von besonderer Bedeutung.

Die Somatisierung erstreckt sich im übrigen auch auf psychische Prozesse. Psychische Prozesse werden primär von ihrer somatischen Basis her verstanden. Und es wird dann in gleicher Weise versucht, diese medikamentös-instrumentell zu beeinflussen (Psychopharmaka, Elektroschocks). Die Somatisierung von Leiden hat komplementär zur Konsequenz, daß zur Behandlung psychischen Leidens oder der psychischen Seite von Krankheiten spezielle Institutionen herausgebildet werden, angefangen bei Beratungsstellen bis hin zu psychiatrischen Krankenhäusern.

Die Tendenz zur Somatisierung in der ärztlichen Behandlung ist nun keine Nachlässigkeit, kein Mutwille und keine Böswilligkeit von Ärzten, sondern eine notwendige Konsequenz der Entwicklung der Medizin zu einer gesellschaftlichen Institution. Medizin als Institution kann nicht umhin – zumal unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen –, die erlebensmäßig-emotionale Dimension von individuellem Leiden, Beschwerden und Krankheiten auszuklammern. Arzt und

Patient, Agent und Klient der Institution stehen sich nicht in einem lebensweltlichen Zusammenhang als Personen mit einem umfassenden und individuellen Interesse aneinander gegenüber. Ein solches Interesse ist konstitutiv für den lebensweltlichen Bereich und seine engen sozialen Beziehungen (Familie, Liebesbeziehungen, Freundschaft, gute Bekannte). Der Zweck der gesellschaftlichen Institution Medizin kann nicht in einem solchen umfassenden, ganzheitlichen und individuellen Eingehen auf Leiden bestehen, wie es in diesen Beziehungen notwendig ist, sondern muß notwendig partikulär und allgemein sein. D.h. sie beschränkt sich entweder auf die somatische oder auf die psychische Seite des Leidens. Wenn psychisch-emotionale Prozesse berücksichtigt werden, dann nur in allgemeiner, überpersönlicher Weise.¹⁵ Der Zweck der Institution Medizin besteht in der Heilung von Krankheit, ohne – was für die alltagsweltliche Interaktion zentral ist – ein individuelles Interesse und Anteilnahme an der Person und ihrem (Wohl-)Ergehen. Für den Arzt sind die Patienten nicht Personen, sondern Fälle, wobei klar ist, daß es graduelle Unterschiede gibt. Grundsätzlich steht er mit ihnen nicht in einem lebensweltlichen Zusammenhang, sondern in einem institutionellen. Der Institution Medizin kann es nur um Typisierung des Leidens gehen, nicht um seine Individuierung. Und dies bedeutet im Verbund mit dem naturwissenschaftlichen Selbstverständnis der Medizin, mit der Konzeption des *Individuums* als 'Krankheitsträgers' und der Vorstellung einer 'individuenbezogenen Therapie auf medikamentös-instrumenteller Basis' tendenziell die Somatisierung des Leidens, die Ausblendung der erlebensmäßig-emotionalen Dimension. Das ganzheitliche, individuelle Leiden wird so in der Institution nur in seiner somatischen Komponente (dies der häufigere Fall) oder, wenn das Leiden nicht in dieser Weise typisierbar ist, als psychisches Leiden relevant und behandelbar.

3.1 *Anteilnahme vs. Behandlung*

Werden im lebensweltlichen Bereich, d.h. im Rahmen enger sozialer Beziehungen, Beschwerden, Leiden oder Krankheiten (als Einheit aus somatischen *und* emotionalen Komponenten) manifestiert, so wird dadurch ein spezifisches kommunikatives Muster in Gang gesetzt, mit dem diese Leidensmanifestation prozessiert wird: das Anteilnahmemuster.

Die Domäne dieses Musters sind nicht nur Beschwerden, Leiden und Krankheiten, sondern generell alle Thematisierungen eines deutlich negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens. Es hat folgende Struktur:

Positionen und Komponenten des Anteilnahmемusters

- (1) Aktivitäten zur Vorbereitung/Plazierung von (2)
- (2) Thematisierung eines deutlich negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens
- (3) Bekundung der Anteilnahme
 - (3a) Bestätigung der Außergewöhnlichkeit
 - Bewertung
 - Demonstration von Überraschung
 - (3b) Glaubensbekundung/Bekundung der Berechtigung
 - (3c) Mitleidsbekundung/Bekundung des Mitempfindens
 - Empathiebekundung
 - Bekundung des eigenen Erlebens
 - (3d) Erkundung des Sachverhalts und Erlebens
 - Art
 - Intensität
 - Ursachen/Rekonstruktion der Entwicklung
 - (3e) Trösten
 - (3f) Ratschläge
- (4) Würdigung der Anteilnahme
- (5) Aktivitäten der Rückführung oder Überleitung

Ich unterscheide fünf Musterpositionen, wobei die Positionen

- (2) *Thematisierung eines deutlich negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens* und
- (3) *Bekundung der Anteilnahme* zentral sind.

Die Thematisierung (Musterposition (2)) kann in verschiedenen Formen erfolgen. Zum einen kann das Erleben benennend oder beschreibend thematisiert werden, sei es physiologisches (*'Ich habe Schmerzen.'*) oder emotionales Erleben (*'Ich bin völlig verzweifelt.'*). Zum anderen können aber auch lediglich Sachverhalte genannt werden, bei denen dann aufgrund von Emotionsregeln klar ist, daß sie mit einem deutlich negativen oder positiven Erleben verbunden sind.

Im Rahmen der Bekundung der Anteilnahme (Musterposition (3)) möchte ich sechs verschiedene mögliche Aktivitäten unterscheiden. Zunächst eine Komponente der *Bestätigung der Außergewöhnlichkeit*. Sie umfaßt explizite Bewertungen (*'Das ist ja furchtbar/ wunderbar/un glaublich.'*) oder kann implizit enthalten sein in Demonstrationen von Überraschung, Unfaßbarkeit oder Unglauben (*'Was?', 'Nein!!'*).

Glaubensbekundungen versichern dem anderen, daß man seinen Worten Glauben schenkt, sie nicht für übertrieben hält und die Thematisierung des Erlebens oder des Sachverhalts nicht als strategischen Zug deutet (*'Du siehst auch wirklich schlecht aus.'*). Sie drücken auch aus, daß das Erleben angemessen ist bzw. seine Berechtigung hat (*'Das ist auch wirklich ein harter Schlag.'*)

Bei der nächsten Komponente, der *Mitleidsbekundung* bzw. *Bekundung des Mitempfindens* möchte ich die Empathiebekundung (*'Ich weiß, wie es jetzt in dir aussehen muß.'*) von der Bekundung des eigenen Fühlens unterscheiden (*'Das freut mich aber unheimlich (für dich).'*).

Einen anderen Stellenwert hat die Komponente (3d), die *Erkundung des Sachverhalts und Erlebens*. Sachverhalt und Erleben können diagnostisch hinsichtlich ihrer Art, ihrer Intensität und ihrer Ursachen erkundet werden. Dabei spielen Rekonstruktionen der Entwicklung eine Rolle (*'Mir ist schon vor zwei Wochen aufgefallen, daß du schlecht aussahst und nervös warst.'*) Die Erkundung ist wichtig für eine angemessene Gestaltung der Anteilnahme. Sie erfolgt deswegen in der Regel sequentiell schon recht früh.

Die Komponenten (3e) und (3f) sind nur relevant, wenn etwas Negatives manifestiert worden ist. (3e) umfaßt Aktivitäten des *Tröstens*. Hierhin gehören u.a. Demonstrationen des 'Im-Unglück-zu-dem-anderen-Stehens', aber auch Berichte oder Erzählungen über entsprechendes eigenes Erleben.

Von hier aus läßt sich – z.B. durch Lösungsdarstellungen – der Übergang schaffen zur letzten Komponente, den *Ratschlägen*. Ratschläge erfolgen bei einer 'regelgerechten' Bekundung der Anteilnahme sequentiell spät. Jefferson/Lee 1981 belegen eindrucksvoll, daß verfrühte Ratschläge zurückgewiesen werden.

Die Benennung dieser sechs Komponenten der Bekundung der Anteilnahme besagt nicht, daß sie alle und in dieser Reihenfolge realisiert sein müssen. Es ist auch keine unmittelbare Entsprechung zu manifesten Äußerungen anzunehmen. Einzelne Äußerungen können für mehrere Komponenten funktional sein, und alle Komponenten können sich auf mehrere Äußerungen verteilen.

Die Bekundung der Anteilnahme zieht die Position

(4) *Würdigung der Anteilnahme*

nach sich. Sie kann beispielsweise durch Danksagung erfolgen oder durch die Bekundung, daß die Anteilnahme entlastend wirkt (*'Jetzt geht es mir schon viel besser.'*).

Letztlich sind

(5) *Aktivitäten der Rückführung oder Überleitung*

erforderlich. Hoffnungsbekundungen (*'Es wird schon wieder werden.'*) oder Äußerungen des Sich-Abfindens (*'Soll wohl so sein.'*) erfüllen beispielsweise diese Funktion. Häufig gestaltet sich die Überleitung, besonders wenn das thematisierte Erleben negativ und gravierend ist, als sehr schwierig und problematisch.

Werden in einem lebensweltlichen Kontext Beschwerden, Leiden oder Krankheiten thematisiert, so werden sie also mit Hilfe dieses Anteilnahmемusters prozessiert, wobei in der Regel der erlebensmäßig-emotionale Aspekt gegenüber dem somatischen im Vordergrund steht.

Im Kontext institutioneller ärztlicher Behandlung hingegen ist der somatische Aspekt dominant, und der Erlebensaspekt tritt demgegenüber zurück. Für die Zwecke der Institution ist so ein anderes kommunikatives Muster relevant: das Behandlungsmuster. Es findet sich in der ärztlichen Behandlung, aber darüber hinaus auch in allen anderen institutionellen Kontexten, in denen es um die Behandlung und Lösung von Problemen geht. Im institutionellen Rahmen steht dabei immer das Problem (speziell: das somatische Problem) im Vordergrund, der Erlebensaspekt tritt gegenüber dem Problemaspekt zurück.

Das Behandlungsschema hat dabei folgende Struktur:

Positionen der Behandlung

- (1) Problemerkundung (Anamnese)
- (2) Kategorisierung des Problems (Diagnose)
- (3) Angebote zur Problemlösung (Therapie)

Das Schema ist allgemein das der Problembehandlung, wobei seine ärztliche Spezialisierung in Klammern angegeben ist.¹⁶ Um von einem kommunikativen Muster sprechen zu können, müßten die Positionen im einzelnen differenziert werden. Anders als beim Anteilnahmestandard stehen sich beim Behandlungsschema ein Professional und ein 'Laie' gegenüber, wobei dem Agenten der Institution qua Berufsrolle eine besondere (professionelle) Kompetenz zugeschrieben wird. Statt Anteilnahme durch eine nahestehende Person erfolgt Behandlung durch einen Professional. Häufig kommt es dabei zu einer Arbeitsteilung zwischen dem Arzt, dessen Behandlung sich auf den somatischen Aspekt beschränkt, und Anteilnahme an den erlebensmäßig-emotionalen Prozessen, die durch nahe Bezugspersonen erbracht wird.¹⁷

Zwischen Anteilnahmestandard und Behandlungsschema bestehen neben diesen Differenzen aber auch bestimmte Entsprechungen. Die Anamnese hat ihre Parallele in (3d) 'Erkundung des Sachverhalts und Erlebens'. Eine Diagnose kann ebenfalls in (3d) enthalten sein, sie spielt im Anteilnahmestandard aber nicht die gleiche Rolle, weil in der Regel keine Fremddiagnose gefordert ist, sondern mit (2) 'Thematisierung eines negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens' eine 'Selbstdiagnose' am Anfang steht. Die Therapie hat ihre Entsprechung in (3f), den Ratschlägen.

Trotz dieser Entsprechungen muß man sich aber den wesentlichen Unterschied zwischen den Mustern vor Augen halten: Das Anteilnahmestandard zielt primär auf die interaktive Prozessierung von Erleben und Emotionen, während im Behandlungsmuster die erlebensmäßig-emotionale Dimension ausgeklammert ist und lediglich ein somatisches Leiden sachbezogen prozessiert wird.

Die Entsprechungen werfen die Frage auf, ob es sich beim Behandlungsschema um eine *Mustertransformation* handelt, die Adaption des alltagsweltlichen Anteilnahmestandards an den institutionellen Kontext, oder ob ein *eigenständiges institutionsspezifisches Muster* vorliegt.

Unabhängig davon, wie diese Frage zu beantworten ist, eröffnen nun die Entsprechungen Möglichkeiten der Vermischung und Konfundierung der beiden Muster. Sowohl Arzt wie Patient können von einem Muster in das andere Muster wechseln. Das Hauptproblem dabei dürfte sein, daß der Patient – bei aller Aufgeklärtheit – angesichts seiner häufig gravierenden Leiden doch Anteilnahme erwartet. Die lebensweltliche Erfahrung, daß man bei der Manifestation von Leiden mit Anteilnahme (der Realisierung einer Instanz des Anteilnahmемusters) rechnen kann, wird auf den institutionellen Kontext und speziell auf die exponierte Person des Arztes übertragen. Hier aber ist Anteilnahme durch das Muster der Behandlung ersetzt. Daß dieses Bedürfnis in der ärztlichen Behandlung in der Regel nicht befriedigt werden kann, mag einer der wesentlichen Gründe für das eingangs erwähnte Empfinden von Defizienz sein, das sich bei so vielen Arztbesuchen einstellt. Das Behandlungsschema hat die *Sachlichkeit* der Arzt-Patienten-Interaktion zur Folge. Diese Sachlichkeit kann aber zugleich als erlebensmäßig-emotional defizitär empfunden werden.

Was aber passiert, wenn der Patient nun dennoch Erleben und Gefühle thematisiert. Wenn er z.B. auf eine Befindensfrage (*'Wie geht es Ihnen?', 'Wo fehlt es denn?'*) nicht mit der Thematisierung eines *somatischen* Problems antwortet, sondern Emotionen oder Erleben zum Thema macht. Den oben genannten Prozessierungsstrategien entsprechend kann der Arzt dies übergehen und ignorieren und dadurch dethematisieren, oder er kann darauf eingehen.

3.2 *Gefühlsarbeit*

Eine dieser Formen des Eingehens auf Erleben und Emotionen des Patienten ist von Strauss et al. 1980 als *Gefühlsarbeit* beschrieben worden. Gefühlsarbeit, wie sie von Strauss und Mitarbeiter/inne/n vor allem im Krankenhaus untersucht worden ist, ist dabei nicht beschränkt auf das Eingehen auf ein *thematisiertes* Erleben, sondern sie wird auch geleistet, wenn ein negatives Erleben unterstellt oder antizipiert werden kann: Gefühlsarbeit meint das Eingehen auf ein thematisiertes oder auf ein antizipiertes Erleben eines Klienten/Patienten "im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs" (Strauss et al. 1980: 629). Sie ist damit weitgehend funktional.

"Gefühlsarbeit ist manchmal im weitesten Sinne des Wortes notwendig, um medizinische Verfahren durchführen zu können; manchmal wird Gefühlsarbeit aus ideologischen Gründen als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Arbeit empfunden, manchmal erleichtert Gefühlsarbeit einfach die Arbeit des Personals und führt dahin, daß der Patient seinen Anteil an der medizinischen Arbeit bereitwilliger leistet." (Strauss et al. 1980: 642)

Anteilnahme erfolgt hier primär nicht aus einem Interesse an einer Person oder aufgrund von Verpflichtungen, die sich aus einer sozialen Beziehung ergeben, sondern in erster Linie aus dem Interesse einer effizienten Erfüllung der institutionellen Aufgaben.

Strauss et al. (1980: 634–635) sehen im medizinischen Setting selbst eine Reihe von Gründen für negatives Erleben und Emotionen. Zum einen können die Geräte ein erhebliches Maß an Angst und Furcht hervorrufen, zum anderen handelt es sich bei den behandelnden Personen um "völlig oder relativ Fremde" (634) und zum dritten besitzt die 'eigentliche' medizinische Arbeit im allgemeinen Priorität:

"Von daher neigen diese Fremden dazu, auf die hauptsächlichen medizinischen Aufgaben ausgerichtet zu sein, nicht aber auf die Identität, die Biographie oder die Einstellungen des Patienten, es sei denn, diese scheinen besonders unerlässlich für die medizinische Arbeit zu sein." (Strauss et al. 1980: 634)

Sie unterscheiden Trostarbeit, Fassungsarbeit und Identitätsarbeit als verschiedene Formen der Gefühlsarbeit und beschreiben in Falldarstellungen – für linguistische Zwecke allerdings noch nicht präzise genug – einige kommunikative Verfahren, mit denen sie geleistet werden.

"Mit Fehlleistungen im Bereich der Gefühlsarbeit hängt es zusammen, wenn bei den Patienten das Gefühl der Erniedrigung, der Beleidigung, der verletzten Privatsphäre, des physischen und geistigen Unbehagens aufkommt und auch das Gefühl der Verbitterung darüber, "wie ein Objekt" behandelt zu werden." (Strauss et al. 1980: 648)

Obwohl bei der Gefühlsarbeit auf ein Erleben des Patienten eingegangen wird und obwohl Fehler die beschriebenen gravierenden Folgen haben, bleibt doch der zentrale Unterschied festzuhalten: Gefühlsarbeit erfolgt primär nicht um der Person willen, sondern sie ist funktional für die Realisierung der zentralen Zwecke der Institution.

3.3 Weitere (Muster-)Differenzen

Institutionalisierung und insbesondere auch Professionalisierung des Sich-Kümmerns-um-Leiden bringen natürlich auch eine weitreichende Umstrukturierung der kommunikativen Prozesse mit sich, in und mit denen dies geschieht. Dabei werden entsprechende lebensweltliche Muster transformiert, qualitativ neue, institutionsspezifische Muster entstehen und bestimmte lebensweltliche Muster verlieren ihre Anwendbarkeit. Die Diskursanalyse ist weit davon entfernt, diese Veränderungen in ihrer Gesamtheit systematisch nachzeichnen zu können. Im Moment sind solche Veränderungen nur punktuell zu belegen. Neben der Divergenz Anteilnahme vs. Behandlung und der Funktionalisierung von Anteilnahme als Gefühlsarbeit möchte ich noch zwei weitere Beispiele kurz anführen.

Lörcher (1983: 49–67) hat Schmerzbeschreibungen im Arzt-Patienten-Gespräch untersucht.¹⁸ Sein Resümee ist, daß Patienten häufiger die *Situation* beschreiben, in der der Schmerz auftritt und damit für sie lebenspraktisch und erlebensmäßig relevant wird, als daß sie kriteriale Eigenschaften des Schmerzes benennen (Ort, Intensität, Art des Schmerzes etc.), worauf die Ärzte aber aus untersuchungspraktischen Gründen beharren.

"Die Analyse des Gebrauchs von *Schmerz* zeigt beispielhaft, wie tiefgreifend die Kommunikation zwischen Arzt und Patient gestört ist. Überspitzt formuliert, geht es dem einen Gesprächspartner um das Einordnen bestimmter Sachverhalte in Raster, für den anderen Gesprächspartner geht es um existentielle Probleme, über die er sprechen will." (Lörcher 1983: 67)

Auch bei der Thematisierung des Erlebens von Schmerz zeigen sich also solche Schemadifferenzen.

Ein wichtiges lebensweltliches Muster der Beziehungsregulation und Stiftung von Gemeinsamkeit und Solidarität ist das Muster der Bewertungsteilung.

Das Muster der Bewertungsteilung umfaßt drei Positionen, wobei die Positionen (2) und (3) jeweils zwei Komponenten umfassen:

Positionen und Komponenten des Musters der Bewertungsteilung

- (1) Einführung eines Themas
- (2) Bekundung einer Bewertung durch Sp
 - (2a) Äußerung einer Bewertung
 - (2b) Verdeutlichung, daß auch vom Interaktionspartner eine (gleiche) Bewertung gefordert wird
- (3) Bekundung der Bewertungsteilung durch HÖ
 - (3a) Äußerung einer Bewertung
 - (3b) Demonstrative Betonung der Gleichheit der Bewertung

Eine kurze, nichtsdestoweniger aber vollständige Instanz dieses Musters ist der ebenso triviale wie illustrative Austausch:

A: 'Schönes Wetter heute, nicht?'

B: 'Ja, wirklich ein herrliches Wetter!'

A führt mit seiner Äußerung das Wetter als Thema ein, er bewertet es, und er macht durch die Frageform (question-tag) deutlich, daß er B eine gleiche Bewertung unterstellt und ihre Manifestation von ihm fordert. B formuliert die Bewertung, und durch 'ja' und 'wirklich' betont er die Übereinstimmung in der Bewertung.

Die Komponenten (2b) und (3b) sind der Grund dafür, daß das Muster der Bewertungsteilung immer einen bestimmten *demonstrativen Charakter* hat.

Das Thema, zu dem die Beteiligten geteilte Bewertungen haben, ist in der Regel eine Person oder ein Sachverhalt, zu dem sie in einer *annähernd gleichen Relation* stehen (eine bestimmte Person, ein Essen, ein Fußballspiel etc.). Ist die Relation nicht annähernd gleichartig, sondern ist einer der Beteiligten in positiver oder negativer Hinsicht stärker betroffen (und ist die Person oder der Sachverhalt erlebensrelevant), so kann das Muster der Bewertungsteilung vom Anteilnahmestandard überlagert werden.

Die geteilten Bewertungen können sowohl positiver wie negativer Art sein. Dem entsprechen Formen wie 'gemeinsam schwärmen', 'sich gemeinsam über etwas freuen' bzw. 'gemeinsam schwarzmalen/-sehen', 'gemeinsam schimpfen', 'sich gemeinsam über etwas ärgern'. In beiden Fällen ist der Aspekt der Entsprechung und Gemeinsamkeit, die Vergewisserung über die gleichen Werte und die gleiche Sichtweise primär.

Das Muster der Bewertungsteilung besitzt eine besondere Funktionalität im Rahmen der Konstitution und Prozessierung sozialer Beziehungen. Es stiftet und stabilisiert Solidarität und Sympathie. Das Vorliegen geteilter Bewertungen ist auch wichtig für die Konstitution homogener Gruppen.

In einem engeren Sinne haben Muster der Bewertungsteilung nur dann etwas mit Emotionen zu tun, wenn es sich bei der Bewertung um eine Stellungnahme auf emotionaler Grundlage handelt, so z.B. wenn jemand sich ärgert oder empört ist, die Emotion manifestiert und zugleich seine Erwartung verdeutlicht, daß der andere das gleiche empfindet. Manifestiert der andere daraufhin auch Ärger oder Empörung in demonstrativer Weise, so liegt eine *emotionale Bewertungsteilung* vor.

Auch hier zeigt sich wieder, daß Emotionen keineswegs etwas nur Individuelles sind, sondern daß die Beteiligten um die Regelmäßigkeit der Emotionen wissen und sie auch einfordern: Dem anderen werden nicht nur die gleichen Emotionen unterstellt, die man selbst hat, sondern es wird auch ihre Manifestation erwartet. Dieses Phänomen ist ein weiteres Indiz für die Existenz von Gefühlsregeln.

Beispiele für Bewertungsteilungen auf emotionaler Ebene sind Situationen, die man umgangssprachlich als 'sich gemeinsam freuen/empören/ärgern' etc. bezeichnet. Wichtig ist auch hier, daß alle Beteiligten in annähernd gleicher Relation zum Emotionsobjekt stehen.

Dieses Muster nun ist in der Arzt-Patienten-Interaktion nicht in gleicher Form und in gleichem Umfang möglich. Wenn es erlaubt ist, möchte ich ein Beispiel aus eigener Erfahrung anführen: Junge Eltern neigen dazu, mit Personen des lebensweltlichen Bereichs hinsichtlich des Nachwuchses Muster der Bewertungsteilung zu zelebrieren. Wird das Muster von den Personen der Umgebung nicht entsprechend mitgetragen, kann dies die sozialen Beziehungen erheblich belasten. Bei den Vorsorgeuntersuchungen, bei denen es ja auch um eingehende Untersuchung und Überprüfung der Fähigkeiten geht, zeigte nun der behandelnde Arzt keinerlei Aktivitäten in Hinblick auf dieses Musters. Dies war für uns umso auffälliger, weil dem Arzt ja eine besondere Kompetenz bei der Bewertung zukommt. Er führte lediglich die Untersuchungen ruhig, kompetent und liebevoll durch. Wir verließen die Untersuchungen immer mit einem leichten Gefühl von Unzufriedenheit, was wohl zeigt, daß wir die Erwartung der Realisierung des Musters der Bewertungsteilung auch in die Situation ärztlicher Behandlung hineingetragen haben. Was wir immer nur ernteten, war der Befund, daß Leonhard "unauffällig" sei.

4. Analyse eines Beispiels

Auf diesem Hintergrund der Musterdifferenzen zwischen lebensweltlicher Sphäre einerseits und institutionalisierter ärztlicher Behandlung andererseits läßt sich nun ein wichtiges Dilemma der Arzt-Patienten-Interaktion, aber auch von Interaktionen in anderen institutionellen Kontexten beschreiben.

Der Patient kann häufig Erwartungen über den Vollzug bestimmter lebensweltlicher Kommunikationsmuster bei der ärztlichen Behandlung nicht völlig ausschalten. Und dies auch dann nicht, wenn ihm die Andersartigkeit der Situation rational einsichtig ist. Der Arzt andererseits kann diese Erwartungen aber aus Gründen der Institutionalisierung und Professionalisierung seiner Tätigkeit vom Grundsatz her nicht einlösen, auch wenn er diese Erwartungen kennt und z.T. auch selber teilt.

„...die ärztliche Rollennorm der 'affektiven Neutralität' und 'Objektivität' gegenüber Patienten erlaubt nicht, auf einer korrespondierenden affektiven Ebene zu reagieren, ...“ (Siegrist 1978: 107)

Das Dilemma wird dadurch verstärkt, daß die Musterdifferenz nicht vollständig ist, sondern es ein breites Spektrum von Musteradaptionen gibt. Bei diesen Adaptionen bestehen immer Gemeinsamkeiten *und* Unterschiede zu Mustern der Lebenswelt. Resultat dieses Dilemmas sind Verwechslungen und Vermischungen – kurz: Konfundierungen – der Muster und Bereiche. Jefferson/Lee (1981) beschreiben für einen anderen Bereich dieses Phänomen als 'environmental shift':

"A recurrent phenomenon in talk about a 'trouble' is the rejection of advice. This phenomenon is explored as a possible consequence of a convergence between two closely-related but distinctive environments for talk about a 'trouble', the Troubles-Telling and the Service Encounter. Each of these has its own appropriate activities and its own appropriate relationships between participants; only one of these, the Service Encounter, may have advice-giving as a proper component. The rejection of advice in a Troubles-Telling may, then, constitute an attempt to counteract the environmental shift, and the attendant shift of activities and relationships, implicated thereby." (Jefferson/Lee 1981: 399)

Ein Beispiel für eine solche Konfundierung enthält das folgende Visitengespräch, das ich nun zum Abschluß analysieren möchte.¹⁹

Das zentrale Problem dieses Beispiels besteht meines Erachtens in einer Vermischung des Anteilnahmемusters mit Mustern der ärztlichen Behandlung. Während Anteilnahme auf das Erleben der anderen Person eingeht, zielt Behandlung auf somatische und technisch-instrumentelle Aspekte, wobei die Erlebenskomponente *soweit wie möglich* ausgeschlossen wird. Arzt A agiert im Rahmen des Anteilnahmемusters, Arzt B zunächst im Rahmen von Mustern der Behandlung. Die Aktivitäten von Arzt A und die Erlebensmanifestationen der Patientin nötigen ihn dann aber auch, auf das Erleben einzugehen und (professionelle) Gefühlsarbeit zu leisten, letztlich mit dem Zweck, die somatische Behandlungsebene wieder zu etablieren.

Zunächst agiert selbst die Patientin im Rahmen der institutionell-ärztlichen Behandlung. Auf die Frage "Wie gehts Ihnen denn im Augenblick?" (3-4) antwortet sie somatisch-physiologisch: "(Sehr) müde." (5), nicht aber mit einer Emotionsthematisierung, was auf diese Befindensfrage möglich wäre und angesichts der erlebnismäßigen Betroffenheit der Patientin, wie sie wenig später zum Ausdruck kommt, auch naheläge. Im Krankenhaus wird der Körper behandelt, nicht die Seele und ein/e gute/r Patient/in weiß das. Die Beiträge von Arzt A bleiben dann auch während der weiteren Exploration und bei der körperlichen Untersuchung (10-87) im somatischen und technisch-instrumentellen Bereich.

Dann aber passiert etwas Doppeldeutiges. Arzt A stellt leise gesprochen die Frage "Wie schlimm ist es?" (87-88). Einerseits kann die Frage im somatischen Rahmen gedeutet werden, andererseits kann dies als Frage nach der Intensität des Erlebens verstanden werden, das die Patientin angesichts des Blutverlustes über den Darm empfindet. Die Patientin versteht die Frage in diesem Sinne, und sie antwortet mit einer *Erlebens*thematisierung: "Ist halt immer so schockierend, wenn da immer so ein Stoß rausgeht." (89-91)

Im nichtinstitutionellen Bereich muß sich an eine solche Erlebensthematisierung eine Instanz des Anteilnahmемusters anschließen. Im institutionellen Kontext hingegen ist eine Rückführung auf die im Rahmen der Institution allein behandelbaren somatischen Aspekte zu erwarten. D.h. das Erleben des Patienten ist grundsätzlich für die Zwecke der Institution irrelevant, und wenn es thematisiert wird, muß es wieder ausgeschlossen werden.²⁰ Die Rückführung kann Glaubensbekundungen, Bekundungen der Berechtigung und (allenfalls noch) Bekundungen des Mitempfindens einschließen bzw. über sie erfolgen.

Außergewöhnlich ist, was nun passiert. Arzt A beginnt mit einer Erkundung des Erlebens nach Art und verursachenden Faktoren (3d). Dabei versucht er, das Erleben durch eine projektive Erlebensbenennung auf den Begriff zu bringen: "Haben Sie die Angst, daß das nicht mehr zu stoppen ist?" (95-97). Dies wird von der Patientin bestätigt.

Arzt A ist in das Anteilnahmемuster eingestiegen, und damit befindet sich die Interaktion in einer Sackgasse. Es tritt eine Pause von 16 Sekunden ein, nur noch einmal unterbrochen durch ein "Mhm" von Arzt A. In diesem Rahmen ist die Interaktion nicht fortzusetzen, und so greift nun folgerichtig Arzt B ein. Seine Aktivitäten bis zum Ende der Visite lassen sich als Versuche der Rückführung verstehen, aber so leicht ist das Erleben, nachdem es nun einmal interaktionsrelevant geworden ist, nicht wieder in die Flasche zu bannen.

Arzt B beginnt mit der Abgabe einer offenen Einschätzung (102-104). Sie liegt auf somatischer Ebene ("Gefahr" (103)), hat aber in Hinblick auf die Erlebensthematisierung der Patientin die Funktion einer Bekundung der Berechtigung (3b). Die anschließenden Ausführungen (105-130) sind dann wieder rein somatisch und instrumentell-technisch. Auch Arzt A befindet sich nun wieder auf dieser Ebene, wie sein Beitrag 122-124 zeigt. Abgeschlossen wird der längere Beitrag von Arzt B durch die Wiederholung der Einschätzung (auch hier wieder zu verstehen als Bekundung, daß das Erleben der Patientin gerechtfertigt ist) und eine Hoffnungsbekundung (135-137). Hoffnungsbekundungen nun aber sind – so auch im Anteilnahmемuster – typische Aktivitäten der Rückführung oder Überleitung.

Mit ihrem nächsten Beitrag befindet sich die Patientin dann auch wieder auf somatischer Ebene, sie beschreibt allerdings ihren körperlichen Zustand mit einer erlebensdeklarativen Formel (138–140). Arzt B reagiert mit einer Erklärung auf somatischer Ebene, die mit der instrumentell-technischen Feststellung endet: "Wir bestellen Ihnen dann heute noch Blut." (149–150). Da eine ähnliche Äußerung am Ende der Visite steht, mag dies auch hier schon als Abschluß der Visite intendiert gewesen sein. Die Patientin beginnt aber nun mit einer erneuten Thematisierung des Erlebens, diesmal nicht benennend, sondern in Form der Beschreibung erlebensrelevanter Sachverhalte. Sie kontrastiert Beschreibungen ihrer Möglichkeiten "vor vierzehn Tagen" (150–151) mit ihrem jetzigen Zustand: "Und jetzt (weint). So ein Wrack von einem Menschen, wie ich jetzt bin." (153–156). Das einsetzende Weinen belegt dabei zusätzlich, daß die Kontrastierung der Zustände in *erlebensthematisierender* Absicht erfolgt. Die Patientin thematisiert die erlebensmäßige Unfaßbarkeit der Veränderung.

Arzt A reagiert wieder mit Äußerungen, die sich verschiedenen Komponenten der Musterposition (3) 'Bekundung der Anteilnahme' zurechnen lassen. "Das können Sie sich gar nicht vorstellen." (153–154) läßt sich als Empathiebekundung auffassen, "Das ist sicher sehr schlimm, daß das so schnell sich verändern kann." (158–160) ist eine Mitleidsbekundung. Hiernach wird der Arzt A in der Visite außer "Auf Wiedersehen" (259) nichts mehr äußern.

Nach einer Pause von 19 Sekunden, in der die Patientin weint, geht dann der Arzt B auf das thematisierte und manifestierte Erleben ein. Er beginnt wieder mit der Abgabe einer offenen professionellen Einschätzung, gefolgt von einer Bewertung ("schlimm" (163)). Die Einschätzung bezieht sich primär auch wieder auf den somatischen Rahmen ("schwer krank" (162)). Dann konzidiert er, daß dieser Zustand mit einem entsprechenden Erleben verbunden ist: "Und da fühlt man sich wirklich so elend" (163–164). Dies ist zugleich eine Glaubensbekundung von seiten der professionellen Autorität. Sie geht über in einen Appell, den somatischen und psychischen Zustand auszuhalten, "so traurig wie das ist und so schlimm wie das ist." (168–169). Dies ist aufzufassen als Ratschlag, sich nicht dem Erleben und den Gefühlen hinzugeben, sie hintanzustellen oder zu regulieren, wie es der institutionelle Rahmen erfordert. Auch der folgende Appell (172–173) ist in diesem Kontext zu verstehen. Eine "sehr energische Frau" (173) wird schließlich in der Lage sein, ihre Gefühle zu beherrschen. Der Appell hat zugleich auch aufmunternd-tröstende Funktion, u.U. auch die Funktion, den medizinisch wünschbaren Lebensmut zu stärken. Deutlich ist dies ein Versuch, den Erlebensaspekt regulierend zu bearbeiten. Die Patientin weist aber den Trostversuch zurück: "(Schluchzend) Normal ja." (174). Die Situation ist eben nicht normal. Arzt B reagiert darauf mit einer Empathiebekundung in Form einer projektiven Erlebensbenennung, die beide Komponenten anspricht: den somatischen Zustand ("schwach" (177)) und das Erleben ("elend fühlen" (180)).

Die Patientin schließt eine lange Beschwörung der Vergangenheit und ihrer sozialen Integrität an (181–213), auf die Arzt B mit einer projektiven Thematisierung der Todesangst der Patientin reagiert (214–220). Funktion dieser Thematisierung mag es sein, daß der Arzt die Ängste der Patientin, die sie selbst nur in Form

von ~~Beschreibungen~~ und Erzählungen thematisiert, direkt aussprechen und auf den Begriff ~~bringt~~ will. Dies mag im Kontext der Versachlichung stehen bzw. als Voraussetzung für die angestrebte Emotionsregulation angesehen werden. Hierfür spricht, daß sie projektive ~~Erlebensthematisierung~~ keine Konsequenzen hat, sondern daß sofort ~~wieder~~ zur somatischen Ebene gewechselt wird. Es folgt nun zum dritten Mal die ~~offene~~ Einschätzung (220-222), auch diesmal wieder verbunden mit einer Hoffnungs~~beurteilung~~ (222-224). Es folgen zwei längere Ausführungen mit tröstender Funktion. Die erste (226-239) verweist darauf, daß die Situation der Patientin nicht außer~~gewöhnlich~~ ist: "Ja, das ist bei allen Leukämie-Patienten so." (226-227). Die zweite ~~steht~~ durch den Hinweis auf einen positiv verlaufenden Parallelfall (239-251).

Arzt B ~~verleiht~~ die Visite auf der somatischen Ebene: "Auf jeden Fall bekommen Sie ~~noch~~ noch Blut, (daß) sie wieder . äh . weniger schweben." (256-258). Auffällig ist die Einleitung 'auf jeden Fall'. Eine Möglichkeit, sie zu paraphrasieren, ist: Wenn Sie ~~schon~~ nicht mehr von uns bekommen können, dann bekommen Sie wenigstens ~~Sie~~.

Angesichts der thematisierten Todesangst einer Patientin scheitert Arzt A bei zwei Versuchen, das Anteilnahmemuster auf die institutionelle Situation der Visite zu übertragen. Arzt B funktionalisiert Elemente des Anteilnahmемusters im Sinne der Gefühlsarbeit zur Reetablierung der somatisch-technischen Perspektive, die die Voraussetzung für ärztliche Behandlung im Rahmen der Institution Krankenhaus ist. Er geht auf ~~das~~ Erleben ein, aber nicht um der Person willen, sondern um es zu dethematisieren, um die Person auf die somatische Ebene zu orientieren und so ärztliche ~~Beurteilung~~ im institutionellen Rahmen zu ermöglichen. Er geht auf das Erleben nur so weit ein, wie es für diesen Zweck erforderlich ist. Er leistet also 'Gefühlsarbeit' im oben beschriebenen Sinne und 'rettet' so die Interaktion.

Noch ein Letztes verdeutlicht dieses Beispiel. Eine Reform der ärztlichen Behandlung muß andere Wege beschreiten, als lediglich lebensweltliche Muster in die Institution zu übertragen. Für sie bestehen in der Institution nicht die Voraussetzungen (z.B. eine persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient), und die mit den Mustern verbundenen Verpflichtungen können nicht eingelöst werden. Anders und schärfer formuliert: ärztliche (Gefühls)arbeit darf sich nicht alltagsweltlicher Muster bedienen, sie muß eigenständig sein, aber gleichwohl humanere, wärmere Verfahrensweisen und Muster als die gegenwärtigen entwickeln.

Anmerkungen

¹ Wie wenig die emotionale Dimension des Arzt-Patienten-Gesprächs im allgemeinen Gegenstand der Forschung ist, zeigen exemplarisch die Überblicksartikel Pendleton 1983 und Reikensberg 1983.

Für die Analyse von ~~Visite~~gesprächen stellen Koch et al. 1982 fest:

"Die Literaturanalyse ~~macht~~ (...) deutlich, daß entsprechende Arzt-Patienten-Untersuchungen immer wieder auf objektive Visitedaten (Visitenzeiten, formale Sprachmerkmale) und ~~Erkenntnis~~Erkenntnisvariablen bei Ärzten und Patienten zurück-

greifen und nur sehr selten den Versuch unternehmen, Affekte direkt zu untersuchen." (Koch et al. 1982: 196)

Auf Ausnahmen werde ich noch zurückkommen.

² Cf. genauer hierzu Fiehler (1987: 30–47).

³ Ein grober Überblick, wobei Manifestationen im verbalen Bereich etwas genauer differenziert sind:

- (1) **Physiologische Manifestationen**
(z.B. Zittern, Erbleichen)
- (2) **Nonvokale nonverbale Manifestationen**
(z.B. Mimik, Gestik, Körperhaltung)
- (3) **Vokale nonverbale Manifestationen**
(z.B. Affektlaute, Lachen, Stöhnen)
- (4) **Verbalisierungsbegleitende Manifestationen**
(z.B. Stimmcharakteristika, Sprechtempo)
- (5) **Manifestationen im verbalen Anteil von Äußerungen**
 - (5.1) Manifestation in der sprachlich-inhaltlichen Form der Verbalisierung
(z.B. Wortwahl)
 - (5.2) Manifestation in der inhaltlich-thematischen Ausrichtung der Verbalisierung
 - (5.2.1) Manifestation in emotional-verbalen Äußerungen
(z.B. Ausrufe)
 - (5.2.2) Manifestation in verbal-emotionalen Äußerungen
(z.B. Vorwürfe, Disziplinierungen)
 - (5.2.3) Manifestation durch die verbale Benennung/Beschreibung erlebensrelevanter Ereignisse/Sachverhalte
 - (5.2.4) Manifestation durch Beschreibung/Erzählung der situativen Umstände eines Erlebens
 - (5.3) Manifestation durch verbale Thematisierung des Erlebens
 - (5.3.1) Manifestation durch Erlebensbenennung
 - (5.3.2) Manifestation durch Erlebensbeschreibung
- (6) **Manifestationen im Gesprächsverhalten**
 - (6.1) Manifestation durch das Thema
 - (6.2) Manifestation durch den Diskurstyp
 - (6.3) Manifestation in Strategien der Gesprächsführung
 - (6.4) Manifestation in der Gesprächsorganisation
 - (6.5) Manifestation in der Gesprächsmodalität

- ⁴ Z.B.: 'Ich habe den Eindruck, daß Sie sehr bedrückt sind'. Solche thematisierten Deutungen sind ein guter Ansatzpunkt für die gemeinsame Prozessierung des Erlebens. Z.B. ermöglichen sie ein Sich-Aussprechen des Patienten über seine Gefühle, was 'Erleichterung' mit sich bringen kann und auch das Erleben der Arzt-Patienten-Interaktion positiv beeinflussen kann.
- ⁵ Für eine ausführliche Darstellung des Musterkonzepts cf. Ehlich/Rehbein 1979 und 1986.
- ⁶ Ein Beispiel für Erlebensprävention beinhaltet die folgende Situation, in der eine Schwangere während einer Kontrolluntersuchung zum ersten Mal die Herztöne des Kindes hören soll. Die Schwangere kann diese Situation einerseits als freudiges und schönes Ereignis, andererseits als bedrohlich-furchterregend typisieren und entsprechend empfinden. Mit Hilfe bestimmter (professioneller) kommunikativer Strategien ist es Frauenärzt/inn/en möglich, die Typisierung zu steuern bzw. spezifische Angebote für die Typisierung zu machen. Durch diese Steuerung der Typisierung wird dann auch ein spezifisches Erleben nahegelegt.

Ä: [Wir können mal versuchen, ob's schon ein Herzchen hat.

P: [1 Oh, ja.

Ä: [Legen Sie mal so, wie Sie sind darüber. Sie sind jetzt

P: [2 Ja.

Ä: [etwa zwölfte Woche, dann fängt's an. Wenn wir Pech
[3

Ä: [haben, versteckt es sich noch, aber mit ein

P: [4 ()

Ä: [bißchen Glück, finden wir's.

P: [5

(Transkript 'Kontrolluntersuchung einer Schwangeren', S. 1)

Ich verdanke dieses Beispiel W. Pfeiffer und P. Schwab, die eine entsprechende Analyse in der Arbeitsgruppe 'Kommunikation und Emotion' (Jahrestagung 1983 der DGfS) vorgetragen haben.

⁷ Cf. Strauss et al. 1980.

⁸ Cf. Hochschild 1979 und Fiehler 1987: 58-66.

⁹ Cf. Pfeiffer 1981, der neben informationssuchenden und -meidenden auch emotionsauslebende und emotionsmeidende Bewältigungsstile in präoperativen Aufklärungsgesprächen unterscheidet.

¹⁰ Koch et al. (1982: 196) umreißen das Gesamtspektrum der Methoden zur Analyse von Emotionalität in der Arzt-Patienten-Interaktion:

"Das Spektrum der theoretisch möglichen Ansätze zur Messung von Affekten ist breit; es reicht von psychophysiologischen Methoden über Selbstbeschreibungungsverfahren (z.B. durch Stimmungslisten) und projektive Verfahren bis zur Analyse der verbalen und nonverbalen Kommunikation."

- ¹¹ Deutlich wird hier u.a. die Absicht, geheimen, verborgenen, unbewußten Emotionen auf die Spur zu kommen, was häufig eine Zielsetzung der Analyse medizinischer und therapeutischer Kommunikation ist (cf. Mahl 1959, 1961, 1964, Dittmann/Wynne 1961, Spence 1979, Collier/Kuiken/Enzle 1982). Aber schon die Analyse manifestierter und bewußter Emotionen ist schwierig genug.
- ¹² Cf. auch die hierauf antwortende Analyse Gaus/Köhle 1982, in der der Bezug bestimmter kommunikativer Phänomene zu Emotionen noch deutlicher herausgestellt wird (275 ff.).
- ¹³ Verres 1983 diskutiert verschiedene Konzeptualisierungen der Beziehung zwischen Krankheit und Emotion.
- ¹⁴ Die psychosomatische Medizin ist als gegenläufige Reaktion auf diese Tendenz zu verstehen. Sie zieht auf allgemeiner Ebene psychische Phänomene – so auch Emotionen – in Betracht und untersucht Interdependenzen zwischen psychischen und physischen Prozessen (cf. Verres 1983: 285–286). Aber auch sie kann dem *individuellen Erleben* (von Krankheit) keine Beachtung schenken.
- ¹⁵ In diesem Sinn kann die psychosomatische Medizin Emotionen auch nur als allgemeine, unpersönliche, nicht als individuelle Größen in Rechnung stellen.
- ¹⁶ Es gibt eine Reihe von Institutionen, deren Zweck die Behandlung von Problemen ist, angefangen bei Beratungsstellen (z.B. Telefonseelsorge) über Behörden (z.B. Sozialämter) bis hin zur ärztlichen Behandlung. In ihnen ist das Anteilnahmestandard durch das Schema der Behandlung ersetzt. Darüber hinaus existieren speziell für die Zwecke dieser Institutionen entwickelte Muster, z.B. das Beratungsmuster.
- ¹⁷ "Verwandte leisten Gefühlsarbeit vor, nach und oftmals auch während der Arbeit des Personals (...)" (Strauss et al. 1989: 646)
- ¹⁸ Cf. zu Schmerzbeschreibungen auch Ehlich 1985.
- ¹⁹ Das Gespräch ist Bliesener/Köhle (1986: 118–122) entnommen, dort (123–149) findet sich auch eine ausführliche Analyse der Interaktion. Im Anhang des vorliegenden Bandes wurde es wieder abgedruckt. Auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Analysen werde ich hier nicht eingehen.
- ²⁰ Im Krankenhaus sind bestimmte (existentielle) Arten des Erlebens – in unserem Beispiel Todesangst – häufig. Mit ihnen umzugehen erfordert, daß man sich als *Person* weitgehend darauf einläßt. Dies ist für den Arzt – als Berufsrolle – im Rahmen der Institution Krankenhaus, so wie sie unter den gegebenen Umständen organisiert ist, weder möglich noch bezweckt. Das Erleben des Patienten muß deshalb systematisch ausgeklammert werden.

Literatur

- Alpert, M. 1981. Speech and disturbances of affect. In: Darby, J.K. (ed.) 1981. *Speech Evaluation in Psychiatry*. New York etc, 359–367.
- Bliesener, Th. 1982. Konfliktaustragung in einer schwierigen "therapeutischen Visite". In: Köhle, K. und Raspe, H.-H. (Hrsg.), 249–268.

- Bliesener, Th., und Köhle, K. 1986. *Die ärztliche Visite*. Chance zum Gespräch. Opladen.
- Buss, A.H. 1980. *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco.
- Collier, G., Kuiken, D., and Enzle, M.E. 1982. The role of grammatical qualification in the expression and perception of emotion. In: *Journal of Psycholinguistic Research* 11, 631-650.
- Dittmann, A.T., and Wynne, L.C. 1961. Linguistic techniques and the analysis of emotionality in interviews. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology* 63, 201-204.
- Ehlich, K. 1985. The language of pain. In: *Theoretical Medicine* 6, 177-187.
- Ehlich, K., und Rehbein, J. 1979. Sprachliche Handlungsmuster. In: Söffner, H.-G. (Hrsg.) *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart, 243-274.
- Ehlich, K., und Rehbein, J. 1986. *Muster und Institution*. Tübingen.
- Euler, H.A. und Mandl, H. (Hrsg.) 1983. *Emotionspsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. München etc.
- Fehlenberg, D. 1983. Die empirische Analyse der Visitenkommunikation: Institutionskritik und Ansätze für eine reflektierte Veränderung institutioneller Praxis. In: *Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie* 24, 29-56.
- Fiehler, R. 1987. *Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Bielefeld: Habilitationsschrift.
- Fisher, S., and Todd, A.D. (eds.) 1983. *The social organization of doctor-patient communication*. Washington, D.C.
- Gaus, E., und Köhle, K. 1982. Ängste des Patienten - Ängste des Arztes. Anmerkungen zur Konfliktaustragung in einer schwierigen Visite bei einem Todkranken. In: Köhle, K., und Raspe, H.-H. (Hrsg.), 269-286.
- Hochschild, A. R. 1979. Emotion work, feeling rules, and social structure. In: *American Journal of Sociology* 85, 551-575.
- Jefferson, G., and Lee, J.R.E. 1981. The rejection of advice: managing the problematic convergence of a 'Troubles-Telling' and a 'Service Encounter'. In: *Journal of Pragmatics* 5, 399-422.
- Koch, U. 1980. Möglichkeiten und Grenzen einer Messung von Affekten mit Hilfe der inhaltsanalytischen Methode nach Gottschalk und Gleser. In: *Medizinische Psychologie* 6. 1980, 81-94. (= Davies-Osterkamp, S., und Pöppel, E. (Hrsg.), Emotionsforschung. Themenheft.)
- Koch, U., Fauler, I., Safian, P., und Jähig, C. 1982. Affekte bei Ärzten und Patienten während der Visite. Eine Analyse verbalisierter Affekte mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren an Hamburger und Ulmer Visiten Gesprächen. In: Köhle, K., und Raspe, H.-H. (Hrsg.), 196-209.
- Köhle, K., und Raspe, H.-H. (Hrsg.) 1982. *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München etc.
- Krause, R. 1981. *Sprache und Affekt: Das Stottern und seine Behandlung*. Stuttgart.
- Löning, P. 1985. *Das Arzt-Patient-Gespräch*. Frankfurt etc.

- Lörcher, H. 1983. *Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation*. Tübingen.
- Mahl, G.F. 1959. Exploring emotional states by content analysis. In: de Sola Pool, J. (ed.), *Trends in Content Analysis*. Urbana, 89-130.
- Mahl, G.F. 1961. Measures of two expressive aspects of a patient's speech in two psychotherapeutic interviews. In: Gottschalk, L.A. (ed.), *Comparative psycholinguistic analysis of two psychotherapeutic interviews*. New York, 91-114.
- Mahl, G.F. 1964. The lexical and linguistic levels in the expression of emotions. In: Knapp, P.H. (ed.), *Expression of the emotions in men*. New York, 77-105.
- Murray, D.C. 1971. Talk, silence, and anxiety. In: *Psychological Bulletin* 75, 244-260.
- Peake, T.H., and Egli, D. 1982. The language of feelings. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy* 13, 162-174.
- Pendleton, D. 1983. Doctor-patient communication. A review. In: Pendleton, D., and Hasler, J. (eds.) 1983: *Doctor-Patient Communication*. New York etc, 5-53.
- Pfeiffer, W.M. 1981. Bewältigungsstile im Aufklärungsgespräch vor Operationen. In: Hindelang, G., und Zillig, W. (Hrsg.), *Sprache: Verstehen und Handeln*. Akten des 15. Linguistischen Kolloquiums, Münster 1980. Bd. 2. Tübingen, 269-277.
- von Rad, M. 1983. *Alexithymie*. Berlin etc.
- Schöfer, G. (Hrsg.) 1980. *Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse. Theorie und Technik. Studien zur Messung ängstlicher und aggressiver Affekte*. Weinheim etc.
- Schwab, P. 1982. *Emotionalität im Arzt-Patient-Gespräch*. Diss. Münster.
- Siegrist, J. 1978. *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*. Stuttgart.
- Sodemann, U., Toerkott, J. und Köhle, K. 1982. Affekt-Themen in Visiten bei Patienten mit ungünstiger Prognose auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle, K., und Raspe, H.-H. (Hrsg.), 210-231.
- Spence, D.P. 1970. Human and computer attempts to decode symptom language. In: *Psychosomatic Medicine* 32, 615-625.
- Stoffel, R.M. 1978. Die Pathologie des normalen Sprechers - Bemerkungen zum Konzept der Sprechangst. In: *Die Sprachheilarbeit* 23, 73-85.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. und Wiener, C. 1980. Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufspsychologie. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 3, 629-651.
- Verres, R. 1983. *Krankheit und Emotion*. In: Euler, H.A. und Mandl, H. (Hrsg.), 283-295.

Anhang

- Transkriptname : Visite
- Nachweis : Bliesener, Th. und Köhle, K. 1986. Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 118-122.
- Interaktionstyp : Visitengespräch im Krankenhaus
- Interagierende Personen : Arzt A, Arzt B, Patientin
- Sonstiges : Cf. die Analyse dieses Gesprächs in Bliesener/Köhle (1986, 117-150).

(Tag) Frau X.

Grüß Gott.

Wie gehts Ihnen denn im Augenblick?

5 (Sehr) müde.

(Sehr) müde.

[3s]

Mhm.

[4s]

10 Und wie haben Sie heute nacht geschlafen . hm?

Ja, ich hatt doch, so g/. gegen acht hatt ich doch so Fieber.

[Gedehnt] Mhm.

15 Wo das weg war, da . d'war ich . ha' ich gut geschlafen.

Mhm, mhm.

[3s]

Ich glaub, . Sie sind auch jetzt
20 deswegen etwas müde äh . weil
[räuspert sich] weil Sie doch
einiges Blut jetzt über den Darm
verlieren . und wir werden Ihnen
da heute dann noch Blut anhängen .
25 gen . gell?

[7s; Unbekannter Teilnehmer: Einmal rasches Ein- und Ausatmen]

Ja [gedehnt, ausatmend]. Darf ich
mal . mir die Beine angucken bei
Ihnen?

30 [9s]

Gut, da ist nix Neues dazugekommen.

[5s]

Jetzt mal den Bauch.

35 [19s]

Da ist diese Stelle hier, des ist halt
ein dickes Hämatom . ne.

Mhm.

[10s]

40 Ja, ist gut. Was macht denn der
Bauch heute . wie ist es?

Ich merks a bißle, wenn man
draufdrückt, aber so spüre ich
nichts.

45 Hier, da, an der Stelle

Mhm

tat es Ihnen ja gestern weh.

Da runter, ja.

Ne? Ja. [Untersucht; 7s] Hat
50 Ihnen das so weh getan?

	Ja. [Lächelt] Des weniger, es war eben ein Druck. [Atmet tief]	
Hier an dieser Stelle, ja?		
	Ja, eben da.	55
Und da rüber?		
	Da, ja.	
	[5s]	
Ihr Bauch ist eigentlich weich.		
Hier tastet man allerdings		
	Darf ich mal grad?	60
Moment noch.	[13s]	
	Tut das weh?	
	[18s]	
	Ja, wollen wir mal grad hören.	
	[Untersucht weiter; 24s]	65
Ja, ich will noch mal weitergucken.	[22s]	
Können Sie mal mit offenem Mund tief mal mal einatmen?	[16s]	
Mhm, danke.		70
	[5s]	
Ich glaub, das, was im Augenblick äh, das Problem für uns ist, das ist also der Darm, ja,		
	Nja.	75
und daß Sie darüber doch, äh, Blut verlieren . ich sagte es es ja eben schon. Wir werden Ihnen dann, Blut heute anhängen.		
	Ja	80
Äh, das müssen wir halt im Augenblick so versuchen auszugleichen, daß wir praktisch Ihnen das ersetzen, was durch den Darm, rausläuft. Ne andere Möglichkeit haben wir im Augenblick nicht. Versuchen wirs ... [Leise] Wie schlimm ist es?		85
	Ist halt immer so schockierend, wenn da immer so ein Stoß rausgeht.	90
Mhm. Ja, ja, was schockiert Sie denn so dabei?		
	Das Blut.	
Ja, daß das so rausläuft? Haben Sie die Angst, daß das nicht mehr zu stoppen ist?		95
	Haja.	
	[9s]	
Mhm.		100
	[7s]	
	Ich meine, das ist sicher eine Gefahr dabei, ja. Das . glaub das soll man nicht verharmlosen.	

- 105 Aber deswegen tun wir Sie ja auch
so überwachen, Frau X.,
- 110 um zu sehen, wieviel Sie da
brauchen, und geben Ihnen immer
neues Blut, ja. Und das kann man
ja alles ersetzen, was da raus-
kommt. Wichtig ist nur, daß das,
daß man eben den Zeit/, den
Zeitpunkt nicht fest weiß, daß es
115 so viel sein sollte, daß Sie zum
Beispiel . äh . in den Schock
kommen sollten, daß Ihr Herz
nicht mehr richtig arbeitet, ne.
Und deswegen überwachen wir Sie
ja auch.
- 120 Ja
- Ich würd sagen, zweistündlich
sollt man den Blutdruck und Puls
. ne?
- 125 Mhm. [4s] Und wir kontrollieren
auch heute nachmittag noch mal
den . äh . die Blutbestandteile,
wie hoch die liegen. Und daß wir
sehen, ob wir Ihnen nicht noch
was geben müssen, ne. [Lauter:]
130 Ist eine schwierige Phase jetzt, ja,
oder
eine gefährliche Phase. Ich glaub,
das soll man nicht verharmlosen.
[Wieder normal laut:] Aber . äh .
wir hoffen auch, daß wir über die
Phase wieder wegkommen.
- 135 Njä.
- Mhm. [3s] Ha, ich fühl mich eben
immer so so . wie wenn ich immer
so leicht schweben würde, so so
- 140 Mhm.
- 145 Das kommt aber, weil Sie auch so
wenig Blut haben, weil Sie so
blutarm sind im Moment. Da
fühlt man sich so schwebend und
so matt und so . nicht so ganz da
und nicht so ganz . aktionsfähig.
[3s]
Wir bestellen Ihnen dann heute
noch Blut.
- 150 Daß ich vor
vierzehn Tagen noch schaffen .
Holz spalten konnte und alles
machen. Und jetzt [weint].
- Das können
Sie sich gar nicht vorstellen.
- 155 So ein Wrack von einem Men-
schen, wie ich jetzt bin.
[3s]

Das ist sicher sehr schlimm, daß
das so schnell sich verändern
kann.

[Hustet]	160
[Weint, 19s]	
[Schluchzt auf]	Ne, Sie sind jetzt schwer krank, und das ist schlimm. ja. Und da fühlt man sich wirklich so elend und, und [6s] und das ist das, was 165 wir aber einfach überstehen müs- sen, was Sie auch aushalten müssen, so traurig wie das ist und so schlimm wie das ist.
[Flüsternd] Ja.	170
	[5s] Und Sie sind doch, glaub ich, eine sehr energische Frau eigentlich.
[Schluchzend] Normal ja .	175
	[3s] Sie haben sich nicht vorstellen können, daß Sie mal so schwach sind
Nein.	und sich so elend fühlen. 180
Nie. [3s] Meine Kolleginnen, die ham immer gesagt, man möchte schon mal sehn, was an Sie kommen muß, daß Sie mal müde sind, oder daß Ihnen was zuviel wird, oder .	185
	Mhm
Immerzu sind, sind Sie da, wenn man Sie braucht und und	Mhm 190
und daheim auch. Ich hab ja wohl jetzt meine Kinder alle aus dem Haus, gell. Aber wissen Sie, Ich war immer in Aktion. Und so hab ich wieder Fenster putzt, na hab ich wieder Holz	195
	Mhm
und nach dem Holz guckat. Und im Garten hab ich hin und her. Und	200
	Mhm
wenn ich zu Haus nichts . hatte, dann gi/, ging ich zu einer Be- kannten, die hat drei Kinder, und beide berufstätig.	205
Na hab ich	Dann ham Sie die noch versorgt und
der d Wäsch gebügelt und mit den Kindern Latein gelernt und	Mhm 210

	gerechnet und	Mhm
	Mathematik und . [Schluchzt]	
215		Und wenns einen dann auf einmal umhaut, dann denkt man, jetzt ist es also wirklich. Umhauen kann mich nur das, was mich vielleicht auch tötet oder
	Ja.	was
220		zum Ende führt, ja. Äh . es ist eine gefährliche Situation jetzt . ja. Aber . äh . Frau X., . äh . wir hoffen schon, daß wir das überstehen können.
225	[Stöhnt] Ja.	
		Ja, das ist bei allen Leukämie-Patienten so. Es gibt eine Phase, wo die Blutplättchen niedrig sind, wo der Blutfarbstoff niedrig ist, die man überstehen muß, ja. Und die wird auch . äh . ist auch schwierig, durch die Behandlung zum Beispiel, ne. Und das dauert . äh . erfahrungsgemäß mindestens zehn Tage auch, ja.
230		
	[Stöhnt]	
235		Äh . aber dann schaffen wir's doch oft, daß es wieder aufwärts geht, ja. Und wir lassen zum Beispiel morgen ne Patientin nach Hause, die zum zweiten Mal bei uns behandelt worden ist, der's sehr sehr schlecht ging, auch auch mit hoch Fieber und . äh . auch mit mit Blutungen und ähnlichem mehr. Und . hm . die ist auch wieder gesund geworden, ja, obwohl sie auch so Phasen durchgemacht hat, wo's ihr sehr sehr schlecht ging, und wo sie auch dabei war, den Mut zu verlieren. Es ist schwer, wenn man so krank ist.
240		[4s]
245		
	Ja.	Auf jeden Fall bekommen Sie heut noch mal Blut, daß Sie wieder . äh . weniger schweben.
250		
	Auf Wiedersehn.	
260	Wiedersehn.	Wiedersehn.